

[12] 谢荣荣,潘素芳,于涓,等. 离子交换 HPLC 法和亲和层析 HPLC 法检测糖化血红蛋白结果的比较和分析[J]. 中国实验诊断学,2009,13(3):384-386.

[13] Rohlfing CL,Connolly SM,England JD,et al. The effect of elevated fetal hemoglobin on hemoglobin A1c results: five common hemoglobin A1c methods compared with the IFCC reference method[J]. Am J Clin Pathol,2008,129(5):811-814.

[14] 邱兰英,顾向明. 胶乳凝集比浊法测定糖化血红蛋白的分析性能评价[J]. 检验医学与临床,2012,09(2):142-144.

[15] 张阳. 糖化血红蛋白检测方法及其临床应用[J]. 现代医药卫生,2007,23(15):2286-2287.

[16] 王建柱,贾兴旺,董振南,等. 免疫比浊法测定糖化血红蛋白的方法评价[J]. 标记免疫分析与临床,2011,18(5):334-336.

[17] 吴晓虹,沈雄文. 免疫凝集法检测糖化血红蛋白的应用评

价[J]. 国际检验医学杂志,2011,32(19):2240-2241.

[18] 李岚岚,侯小洪,李霞,等. 金标定量法检测糖化血红蛋白的方法学评价[J]. 国际检验医学杂志,2006,27(10):890-891.

[19] Schwartz KL,Monsur J,Hammad A,et al. Comparison of point of care and laboratory HbA1c analysis;a MetroNet study[J]. J Am Board Fam Med,2009,22(4):461-463.

[20] 肖弘,王敏,李小盛. 酶化学法测定糖化血红蛋白性能的验证[J]. 检验医学与临床,2011,08(12):1450-1451.

[21] 曾子杰,罗文英. 自建糖化血红蛋白酶法检测系统的探讨[J]. 中国医药指南,2011,09(21):114-115.

[22] 王中东. 探讨两种不同糖化血红蛋白检测方法的相关性[J]. 社区医学杂志,2009,7(11):25.

(收稿日期:2012-09-19 修回日期:2012-12-23)

# 压疮预防的研究进展

陈 勇 综述,顾 玲 审校(重庆市江北区石马河社区卫生服务中心护理部 400021)

【关键词】 压疮; 护理; 预防  
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.07.052 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2013)07-0864-02

压疮不仅增加患者痛苦,加重病情,而且延长住院日,增加医疗费用和护理难度,严重时还可因激发感染引起败血症而危及生命<sup>[1-3]</sup>。我国没有完全统计出用于压疮的医疗费用,而在荷兰大于 1% 的卫生保健经费用于压疮的防治或支付压疮所致的住院费用;美国的压疮治疗费用每年约 10 亿美元<sup>[4]</sup>。在国外,患者及家属因发生压疮提出起诉并要求赔偿的案例日益增多<sup>[5]</sup>。因此,压疮的预防和护理是医院护理工作的重点,是护理质量考核、反映医院医疗护理质量高低的主要指标之一,是临床护理急需攻克的难题。

## 1 科学认识压疮

**1.1 压疮的定义** 压疮是身体局部组织长期受压,导致血液循环障碍,持续缺血、缺氧,不能适当供给皮肤和皮下组织所需营养,以致局部组织失去正常功能而形成溃烂和组织坏死<sup>[6]</sup>。Cinsduler 提出,在 9.3 kPa 压力下,组织持续受压 2 h 以上,就可以引起组织不可逆的损伤<sup>[4]</sup>。中医认为压疮的发生,在内是由于久卧伤气,气虚而血行不畅,久病而出现气血亏虚;在外是由于躯体重量对褥点的压迫及躯体着褥点摩擦挤压而致受压部位气血失去流畅,造成局部皮肤失氧而坏死肉腐,形成疮疡<sup>[7]</sup>。事实证明,只要施加足够的压力,并有足够的时间,任何部位都可以发生压疮,因此现在多采用压疮或压力性溃疡一词。

**1.2 形成压疮的高危人群和危险因素** 压疮多发生于体质虚弱、长期高烧、大小便失禁或多汗,皮肤经常受潮湿、摩擦的刺激,使皮肤抵抗力降低者;恶液质、病情危重、长期卧床不能自行翻身的患者<sup>[8]</sup>。美国压疮顾问小组研究证实,压疮发病率与年龄呈正相关,40 岁以上患者的压疮发生率为 40 岁以下患者的 6~7 倍<sup>[9]</sup>。目前公认引起压疮的因素主要有 4 种,即压力、剪切力、摩擦力及潮湿。有实验表明,剪切力只要持续 30 min,即可造成深部组织不可逆损害。而压力和剪切力并存时,压疮发生的危险更大;摩擦力是两个物体接触并向不同方向移动或相对移动时所形成的力,作用于皮肤会直接损伤皮肤的角质

层;潮湿、污染也是引起压疮的重要因素;其次,感觉和运动障碍、全身缺乏营养或皮肤抵抗力降低、医源性等也能引发压疮<sup>[10]</sup>。

**1.3 压疮的分期** 随着医学研究的不断深入,2007 年,美国国家压疮顾问委员会(NPUAP)发布了新的压疮分期方法,在原来 I~IV 期的基础上,增加了不可分期和可疑深部组织损伤期,使压疮的分期更加符合临床特点,更加清楚实用。

V 期:不可分期,有独特创面特点,无法确定其实际深度,缺损涉及全程,但溃疡的实际深度完全被创面的坏死组织(黄色、棕色、灰色、褐色、绿色或棕褐色)或焦痂(棕褐色、棕色或黑色)所掩盖,除非彻底清除坏死组织或焦痂暴露出创面底部<sup>[11]</sup>。VI 期:可疑深部组织损伤期,皮下组织受压力和(或)剪切力作用受到损伤,皮肤完整褪色,局部成紫色或黑紫色,或形成充血性水泡。与邻近组织相比,该区域的组织可先出现疼痛、硬肿、糜烂、松软、较冷或较热,以往临床中将其归纳为 I 期。与 I 期不同的是,在排除外源性因素,采取积极护理措施,接受最佳治疗,也会迅速发展成为深层组织溃疡<sup>[10]</sup>。

## 2 压疮的预防

压疮的损害不是从皮肤受损开始,而是由深而浅的发展,从深部肌肉经皮下脂肪至真皮、皮肤及毛发<sup>[11]</sup>。护理人员通过有效的护理干预可以预防;而在国外认为,压疮可以预防,但并非全部,若入院时局部组织已有不可逆损伤,24~48 h 就有可能发生压疮<sup>[12]</sup>。

**2.1 加强管理,全面评估** 我国临床长期以来将压疮预防的重点放在护理管理,加强基础护理上。黄秀英<sup>[13]</sup>通过对 26 例难免性压疮患者实施压疮的三级监控制度,规范护理流程,结果无一例发生压疮。因此,对每例住院患者及时进行病情评估,尤其是对长期卧床不能自行翻身、大小便失禁、病重等高危人群,入院时立即进行评估,这是预防压疮关键的一步,是有效护理干预的一部分。经评估快速识别高危人群,重点预防,并

通过评分制定预防计划,落实护理措施,规范护理流程,既合理利用医疗资源,又有效降低压疮发生率。

虽然目前尚无相关文献报道关于评估压疮最佳时机,但根据临床观察,除了自带压疮外,大多数压疮患者在入院 2 周内发生,对于病情危重的卧床患者 24 h 内发生。目前常用的量表有 Braden 量表、Norton 量表和 Waterlow 量表,其中美国的压疮预防指南推荐 Braden 量表和 Norton 量表,具有良好的信度和效度。尤其是 Braden 量表被认为是较理想的压疮危险因素评估量表,评分内容包括感觉、潮湿、活动、移动、营养、摩擦力和剪切力 6 部分,总分 6~23 分,得分越低发生压疮的危险性越高。18 分是预测有压疮发生危险的诊断界值,15~18 分提示轻度危险,13~14 分提示中度危险,10~12 分提示高度危险,9 分以下提示极度危险。

**2.2 避免局部组织长期受压** 有研究表明,即使 25.3 kPa 达 1 h 也不会发生组织改变,但如果 9.3 kPa 以下 2 h 就会引起不可逆的细胞改变,说明间歇性解除压迫是预防压疮的关键<sup>[14]</sup>。

**2.2.1 避免局部组织长期受压** 根据病情定时变换体位,2~3 h 翻身一次,最长不超过 4 h,对于水肿、感觉麻木等危重患者需增加翻身次数。根据生物学原理改进传统的翻身方法,采取侧卧 30°或 60°降低压力,预防压疮;单人翻身采取三步骤(上半身、双下肢、腹臀部),避免床单表面“逆行阻力”与操作者的“强行拉力”操作,避免拖、拉、扯、拽、推,造成皮肤擦伤。在身体空隙处和骨隆突处垫软枕或海绵垫,严格交接班,详细记录身体各部位皮肤情况,进行动态观察。

**2.2.2 减压设备的应用** 近年来,国内外护士在压疮的治疗和预防上探索了许多的新方法和器具,翻身床、水垫、凉液垫、糜子垫等。庞景霞等<sup>[15]</sup>研制的分隔式气圈防压疮垫,分组实验观察发现,实验组 70 例患者无压疮发生,30 例原有压疮者愈合时间明显缩短。辛宁等<sup>[16]</sup>对 40 例脊髓损伤的患者分组研究,发现使用糜子垫配合翻身,预防压疮效果显著,20 例患者无 1 例发生压疮。有资料显示采用按摩式电动气垫床 24 h 交替间断充泄,不仅预防和治疗压疮,也大幅提升患者的舒适度,持续绝对卧床 28 h 未能翻身仍未发生压疮<sup>[17]</sup>。

**2.3 加强基础护理** 保持床单清洁干燥、平整、无皱褶,每日用温水清洗皮肤,勿用刺激性大的碱性肥皂;选择棉质柔软宽松的内衣,每日更换。如有大小便失禁、呕吐及出汗等情况,应及时擦洗干净,保持干燥,及时更换衣服,床单。尤其是对大小便失禁的患者,不可将便盆一直放在患者身下。有感觉障碍的患者尽量不要使用热水袋,防止烫伤。对能轻微活动的危重患者,每日指导深呼吸,进行全范围的关节运动,促进肢体的血液循环,减少压疮的发生。传统护理方式认为,经常用 50%乙醇在患者腰背部及受压部位按摩约 3~5 min 可以防止压疮,特别是皮肤发红时。但有关研究表明,按摩无助于压疮<sup>[18]</sup>。因软组织受压变红是正常保护反应,是氧供应不足的表现,无需按摩;此时按摩将会导致更严重的损伤,甚至皮肤破溃。尸检证明,凡经按摩的组织显示浸渍和变性,未经按摩的无撕裂伤<sup>[19]</sup>。

**2.4 保证充足的营养** 营养不良使皮肤弹性和免疫力降低,延迟创面的愈合及疾病转归,增加压疮发生率,要根据患者的具体情况调节膳食结构,加强营养支持。

**2.5 加强健康教育** 护士应采取各种沟通技巧与患者进行沟通,普及压疮知识,给患者或者家属讲解压疮的危害及危险因素,让其了解预防压疮重要性;同时教会家属一些预防压疮的措施,对体位和卧床姿势不正确要认真耐心纠正,清除其顾虑,

调动患者及家属积极性,主动参与自我护理,采取多种方法改变行为,使压疮的预防由被动变为主动。

### 3 小 结

压疮是临床治疗和护理中普遍存在、易防难治的问题。良好的护理始终是防止压疮发生的前提。护理人员在临床工作中,要加强责任心,使用辩证思维的方法,借鉴国外先进的管理模式,不断探索科学实用的器具和方法;结合每例患者的具体情况,将护理研究新成果应用于实践,从全身和局部、生理和心理等方面整体护理,并取得患者和家属的支持;将压疮发生后治疗变为早期预防,以最少资源发挥最佳效果,使压疮发生率减到最低,真正提高患者的生活质量,使压疮护理走向制度化、程序化、人性化、科学化。

### 参考文献

- [1] 洪哲云. 压疮护理治疗进展[J]. 海峡医学, 2010, 22(3): 187.
- [2] 王翠玲. 压疮护理中存在的误区及对策[J]. 护理研究, 2009, 23(5C): 1375.
- [3] 王晓花. 压疮的预防与护理[J]. 临床和实验医学杂志, 2008, 7(6): 193.
- [4] 王加梅, 李燕, 董华蕾. 压疮护理新进展[J]. 中国康复理论与实践, 2010, 16(3): 239-240.
- [5] 钟俊. 高流量吹氧在压疮治疗中应用的临床研究[J]. 中外医疗, 2010, 10(1): 1.
- [6] 李小平. 护理学基础[M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 111.
- [7] 荣志宏. 压疮的辩证施护体会[J]. 现代护理, 2010, 7(13): 105-106.
- [8] 王彩凤, 巫向前. 压疮形成机制研究进展[J]. 护理学杂志, 2007, 22(1): 74-76.
- [9] 余瑛. 压疮护理国际进展[J]. 中国护理管理, 2010, 10(9): 18.
- [10] 彭均, 王颖. 压疮危险因素及护理干预的研究进展[J]. 解放军护理杂志, 2010, 27(7A): 987-988.
- [11] 沈莲, 朱月华, 程红, 等. 压疮护理研究进展[J]. 医学信息, 2011, 24(1): 176-177.
- [12] 王晓红, 肖岷, 孙亚萍. 压疮护理研究进展[J]. 护理实践与研究, 2008, 5(7): 11.
- [13] 黄秀英. 压疮监控系统的方法与效果评价[J]. 华北煤炭医学院学报, 2010, 12(2): 164.
- [14] 史松梅. 压疮研究及护理对策[J]. 中国医学指南, 2008, 6(5): 27.
- [15] 庞景霞, 杨维晓, 麻会玲, 等. 分隔式气圈防压疮垫的研制及临床应用[J]. 护士进修杂志, 2003, 18(6): 501-502.
- [16] 辛宁, 杨薇, 赵文红. 糜子垫在脊髓损伤患者压疮护理中的应用[J]. 黑龙江医学, 2007, 31(6): 458.
- [17] 唐四贵, 饶海芳, 黎柱芳. 预防压疮护理器具的应用现状[J]. 临床医药实践, 2009, 18(10): 791.
- [18] 葛兆霞. 压疮护理的研究进展[J]. 实用临床医学杂志: 护理版, 2006, 2(2): 81.
- [19] 赵霞, 周立颖. 国内压疮的研究及护理进展[J]. 白求恩医学院学报, 2006, 4(4): 228.